Zur

Statistik und Klinik

des

Erysipelas faciei.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. bayr. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

im Juli 1894

vorgelegt von

Wilhelm Wezler

cand. med. aus Weissenhorn.

Erlangen, 1895.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Prof. Dr. von Strümpell.

Dem teuren Andenken

meines

verstorbenen Vaters

in dankbarer Verehrung

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535724_0283

Folgende Mitteilungen beziehen sich auf 120 Fälle von Erysipelas faciei, welche in der medicinischen Klinik zu Erlangen während der letzten Jahre zur Beobachtung kamen.

Alter: Was das Alter der beobachteten Fälle anbetrifft, so sind die einzelnen Lebensjahre in folgendem Verhältnis betroffen.

4 Fälle im Alter von 5—10 Jahren,
34 Fälle im Alter von 10—20 Jahren,
57 Fälle im Alter von 20—30 Jahren,
9 Fälle im Alter von 30—40 Jahren,
16 Fälle im Alter von 40—50 Jahren.

Geschlecht: Das Geschlecht betreffend waren 71 männlichen, 49 weiblichen Geschlechtes.

Ursachen: Ueber die Ursache des Erysipelas ist seit der Entdeckung der Erysipelkokken von Fehleisen die verbreitetste Ansicht der Autoren die, dass die Bakterien nur durch eine Continuitätstrennung in das Gewebe gelangen können und wird das oft scheinbar ganz spontan auftretende Erysipelas faciei fast allgemein so erklärt, dass im Gesicht an irgend einer Stelle eine minimal kleine Wunde, wie eine kleine Hautabschürfung, ein Kratzeffekt an der Nase oder Ohren vorhanden war, durch welche die Mikroorganismen in das Gewebe gelangen konnten und dass von einer solchen Stelle aus sich dann das Erysipel verbreitete. Eine Ansicht geht auch dahin, dass eine leichte Entzündung der Schleimhaut, wie Nasenkatarrh, Conjunctivitis, Angina schon geeignet sei, um die Erysipelkokken aufzunehmen, eine andere Ansicht ist die, dass diese leichten katarrhalischen Erscheinungen der Schleimhäute selbst Schleimhauterysipeln seien und dass von hier aus das Erysipel sich auf das Gesicht weiter verbreite.

Unter unseren beobachteten Fällen treten uns neben den sehr vielen Angaben ohne jede Ursache die verschiedensten Angaben auf eventuelle und wirkliche Ursachen entgegen und möchte ich mir erlauben, in Folgendem für jede einzelne Gruppe kurze Berichte, wie sie uns von den Patienten selbst gegeben werden, anzuführen.

In 39 Fällen ist absolut nicht die geringste Ursache zu entdecken. Die Patienten selbst wissen gar keine Ursachen anzugeben, ihre Angaben gehen fast durchwegs dahin, dass sie sich vorher wohl und gesund fühlten, nirgends eine Verletzung hatten und plötzlich während der Nacht oder am Morgen von einem heftigen Schüttelfrost befallen wurden, dem innerhalb weniger Stunden eine Schmerzhaftigkeit, Spannung und Rötung im Gesicht folgten. Auch die objektive Untersuchung des Gesichtes und des übrigen Körpers kann absolut nirgends eine Verletzung entdecken.

Eine weitere Angabe, bei der man sich ebenfalls nicht vorstellen kann, wie das Infektionsgift in den Körper gelangt sein könnte, ist die auf Erkältung. Ein Dienstmädchen z. B. giebt an, dass sie den Tag über ziemlich viel im Wasser zu arbeiten hatte und dabei die Kleider durchnässt wurden. Abends, wie sie sich zu Bett legte, fühlte sie ein plötzliches Frieren am ganzen Körper, dem abwechselnd immer Hitze folgte. Am nächsten Tage traten dann die örtlichen Erscheinungen im Gesicht auf. Oder bei einem Soldaten, der sich vorher noch ganz gesund fühlte, im Dienst jedoch sich etwas erkältete, treten abends dieselben Erscheinungen auf. Irgend welche Verletzungen gehabt zu haben, können sie sich nicht erinnern, auch bei der objektiven Untersuchung sind nirgends am Körper Verletzungen nachzuweisen. Solche Fälle sind 12 unter den von uns beobachteten.

Eine neue Gruppe bilden die Angaben, die ebenfalls keine direkte Erklärung dafür geben, wie die Erysipelkokken in das Gewebe gelangen könnten; es sind dies die Angaben auf katarrhalische Erscheinungen der Nasen- und Rachenschleimhaut. Es ist immerhin begreiflich, dass bei derartigen katarrhalischen Entzündungen leicht kleine Ver-

letzungen entstehen können, durch welche dann die Mikroorganismen leicht Eingang finden können. Ob es sich in diesen Fällen schon um ein Erysipel der Schleimhaut und nur eine weitere Verbreitung desselben auf das Gesicht gehandelt hat, konnte nicht festgestellt werden.

26 Fälle, bei denen sich zuerst eine kleine Entzündung im Rachen abspielte, sei es eine einfache Rötung und Schwellung der Rachenschleimhaut oder auch eine Mitbeteiligung der Tonsillen.

Die Patienten geben an, dass sie 1 bis 2 Tage vor ihrer Erkrankung bereits Schmerzen im Halse verspürten, insbesondere Beschwerden beim Schlucken, dass der Hals etwas geschwollen gewesen sei, dass sie sich im Allgemeinen etwas unwohl und matt gefühlt, bis sie nach 2 bis 3 Tagen in der Frühe beim Erwachen heftiges Frieren mit abwechselnder Hitze verspürten, ferner Kopfschmerzen, Spannung, Rötung und Schmerzhaftigkeit, die in sehr vielen dieser Fälle am Halse begannen und von da aus auf das Gesicht und den Kopf sich weiter verbreiteten. Bei der Untersuchung des Rachens findet man meist eine gerötete, leicht geschwollene Schleimhaut, die Drüsen am Halse sind oft etwas geschwollen; direkte Verletzungen der Schleimhaut sind nirgends zu entdecken.

11 Fälle, die mehrere Tage vorher einen Nasenkatarrh durchmachten.

Die Patienten wollen stets gesund gewesen sein, nur hätten sie schon seit längerer Zeit eine verstopfte Nase, aus der sich stets reichliches Sekret entleerte. Auch während dieses Katarrhes war ihr subjektives Befinden immer gut, bis dann plötzlich sich zu dem Verstopftsein der Nase eine Spannung und Schmerzhaftigkeit derselben hinzugesellt und die Nase allmählich zu schwellen und sich zu röten angefangen habe. Auch hier kann bei der objektiven Untersuchung keine Verletzung nachgewiesen werden.

Eine dritte Gruppe bilden 22 Fälle, bei denen sich die Infektion auf eine direkte kleine Verletzung zurückführen lässt und zwar finden wir hier die mannigfachsten

Arten von kleinen Kratzeffekten an der Nase oder Ohren, an den Augenlidern, am Unterkiefer, herrührend von kariösen Zähnen, eingetrocknete Herpesbläschen, welche abgekratzt wurden, kleine Kratzeffekte an der Stirn.

5 Fälle, bei denen einige Tage vor der Erkrankung Nasenbluten auftrat.

Die Patienten leiden meist mehrere Tage schon an ziemlich starkem, sich häufig wiederholendem Nasenbluten. Bei der Untersuchung der Nasenschleimhaut findet man auf derselben zahlreiche Blutkrusten und neben denselben kleine, wunde Stellen der Schleimhaut. Ein Fall, bei dem schon mehrere Wochen lang sehr häufiges Nasenbluten auftrat, ist besonders interessant, weil sich der Patient in ärztliche Behandlung begab und hier durch den Thermokauter, der zur Stillung der Blutung angewendet wurde, künstlich die ganze Nasenschleimhaut in eine wunde Stelle verwandelt wurde, durch die die Erysipelkokken sehr leicht eindringen konnten. Es möge hier die kurze Anamnese dieses Patienten folgen.

Haas, Barbara, 22 Jahre alt, Dienstmagd.

Patientin giebt an, früher stets gesund gewesen zu sein. Seit einem Monat leidet Patientin an starkem, sich sehr häufig wiederholendem Nasenbluten und an Kopfschmerzen. Das Nasenbluten trat den Tag über oft 6 mal auf. Infolgedessen begab sich die Patientin in ärztliche Behandlung und wurde von dem Arzte die Nasenschleimhaut kauterisiert, worauf dann das Nasenbluten weniger häufig eintrat. Sie fühlte sich einige Tage etwas besser, bis dann plötzlich wieder heftige Kopfschmerzen und allgemeine Mattigkeit auftraten. Nach weiteren 2 Tagen war die Haut der Nase stark infiltriert und pflanzte sich noch an demselben Tage die entzündliche Schwellung und Rötung auf beide Wangen fort.

Dass hier die Mikroorganismen direkt durch die Verletzungen, welche durch den Thermokauter gemacht wurden, eingedrungen sind, das zeigt wohl ganz sicher der Ausgangsort der Rötung und Schwellung.

7 Fälle, bei denen sich Kratzeffekte an der Nase nachweisen liessen.

Die Patienten geben an, dass sie an der Nase schon

längere Zeit hindurch leichte, kleine Verletzungen hatten, welche sie nicht weiter beachteten, bis plötzlich die Nase zu schwellen und sich zu röten angefangen habe. Man findet dann meist am Naseneingang kleine Excoriationen, von denen aus sich eine Rötung und Schwellung über die Nase und eine Strecke weit auf die Wangen verbreitet. Zwei kurze Beispiele zeigen uns deutlich, dass die Infektion von diesen kleinen Wunden aus erfolgte.

Treuheit, Philipp, 34 Jahre alt, Mälzer.

Patient giebt an, dass plötzlich in der Nacht seine Nase, deren äussere Oberfläche durch Kratzeffekte lädiert war, stark angeschwollen und rot geworden sei. Am anderen Morgen war von der Rötung bereits auch die linke Gesichtshälfte befallen.

Krapf, Jakob, 23 Jahre alt, Schuster.

Am linken Naseneingang des Patienten findet sich ungefähr von der Grösse eines Reiskornes eine Excoriation, von der aus sich eine Rötung und Schwellung über die ganze Nase und beide Wangen ausbreitet.

Das Auftreten der ersten örtlichen Erscheinungen an der verletzten Stelle lässt uns in diesen Fällen vollständig sicher erkennen, dass die Infektion direkt durch die Verletzung erfolgte.

3 Fälle, bei denen sich kleine Wunden an den Augenlidern nachweisen liessen und bei welchen wiederum die ersten örtlichen Erscheinungen direkt an den verletzten Stellen auftraten. Die Patienten leiden an chronischer Conjunctivitis, verbunden mit Thränenträufeln und Blepharitis, welche zu kleinen Verletzungen an den Augenlidern geführt hat.

Schreier, Barbara, 9 Jahre alt.

Das Kind ist seit einem halben Jahr von einem Augenleiden befallen und zur Zeit in der Augenklinik in Behandlung. Die Augenlider waren stets etwas infiltriert und wund. Die Infiltration und Rötung nahmen nun plötzlich zu und verbreiteten sich über die Wangen.

Beck, Ursula, 19 Jahre alt, Dienstmagd.

Patientin litt früher öfters an einem Augenleiden, ist sonst jedoch stets gesund gewesen. Unterhalb des unteren Lidwinkels auf der rechten Seite ist ein ungefähr erbsengrosser Substanzverlust zu sehen. Die Lider des rechten Auges sind ödematös geschwollen, die Haut um die Lidspalte herum ebenfalls gerötet und geschwollen.

Auch hier zeigt das erste Auftreten der örtlichen Erscheinungen deutlich, dass die Infektion durch die wunden Stellen erfolgte.

4 Fälle, bei denen deutliche Kratzwunden an den Ohren nachzuweisen waren und bei welchen auch die erste Schwellung und Rötung von dem lädierten Ohr ausging.

Schrödel, Georg, 25 Jahre alt, Dienstknecht.

Patient ist stets gesund gewesen, seit ungefähr 3 Tagen hat er eine kleine Kratzwunde am rechten Ohr. Das rechte Ohr begann nun plötzlich heftig zu schmerzen und anzuschwellen. Die Schwellung und Rötung setzte sich von hier aus auf das Gesicht fort.

2 Fälle, bei denen kleine Wunden am Unterkiefer zu sehen waren, von welchen aus sich die Rötung und Schwellung verbreitete.

Beide Patienten klagen über Schmerzen in kariösen Zähnen. Bei der Untersuchung der Mundschleimhaut sieht man am Unterkiefer kleine wunde Stellen. Die Patienten geben ferner an, dass das Zahnfleisch des Unterkiefers plötzlich heftig anschwoll und dass sich von hier aus eine Rötung und Schwellung auf die Wangen fortsetzte.

4 weitere Fälle, bei denen die Infektion von kleinen wunden Stellen an den Lippen erfolgte. Die Angabe der Patienten lautet, dass sie vor einigen Tagen an den Lippen und am Naseneingange Bläschen bekamen, welche eintrockneten und dass sie diese durch Abkratzen zu entfernen suchten. Einige Tage später trat plötzlich eine Schwellung und Rötung der Lippen ein, welche sich ziem-

lich rasch verbreiteten. Bei der Untersuchung sind an den Lippen und am Naseneingang kleine Borken zu sehen.

1 Fall ist noch hier zu erwähnen, bei dem die Infektion durch eine grössere Kopfwunde erfolgte, ein zweiter Fall noch, bei dem sich ein kleines Geschwür auf der Stirn vorfand. Patientin kratzte das Geschwür auf, so dass es blutete. Wenige Tage später zeigte sich eine Schwellung und Rötung des Geschwürs, welche sich von hier aus rasch verbreiteten.

Contagium: Die Contagiosität des Erysipelas, welche hauptsächlich in verschiedenen chirurgischen Kliniken beobachtet wurde, ist jetzt nach dem Urteil zahlreicher Autoren als sicher angenommen und wurde auch durch viele Versuche eklatant bewiesen. Es wurde z. B. beobachtet, dass ein Erysipelkranker, der in einen Krankensaal gebracht wurde, in dem vorher kein Patient an Erysipel erkrankt war, mehrere Patienten in diesem Saale ansteckte. Es wurden weitere Beobachtungen gemacht, dass Leute, die auf einer Reise Erysipelkranke besuchten, in ihrer Heimat angekommen an Erysipel erkrankten und hier wiederum Leute aus ihrer Umgebung ansteckten. In den von uns beobachteten Fällen sind nur einige vorhanden, bei denen der Verdacht, dass das Erysipel direkt übertragen wurde, einigermassen berechtigt erscheint. Es sind dies 2 Fälle, bei welchen in dem gleichen Heimatsorte zu gleicher Zeit mehrere Leute an Erysipel erkrankten. Jedoch es konnte in diesen Fällen nicht sicher nachgewiesen werden, ob die Patienten mit Erysipelkranken öfters in Berührung kamen. Anders verhält es sich bei 2 weiteren Fällen, welche angaben, in letzter Zeit öfters Erysipelkranke besucht zu haben und welche wenige Tage nach ihren Besuchen selbst an Erysipel erkrankten. Hier wird es sich wohl um direkte Uebertragung handeln. Einer von diesen Fällen ist besonders interessant, weil bei ihm auch eine Verletzung nachzuweisen war, durch die jedenfalls dem Auftreten der ersten örtlichen Erscheinungen noch die Infektion erfolgte.

Kresel, Magdalene, 16 Jahre alt, Dienstmagd.

Patientin war stets gesund. Seit ungefähr 3 Wochen hat sie eine „böse Nase", welche bis zur Zeit nicht ganz abheilte und ziemlich schmerzte. In dem Hause ihrer Herrschaft hat die Schwester der Frau öfter Rotlauf. Diese Frau hat vor kurzer Zeit wieder einen Rotlauf durchgemacht, während welcher Zeit Patientin sie öfters besuchte. Patientin erkrankte nun selbst plötzlich mit Erbrechen, Uebelkeit und heftigen Kopfschmerzen. Am nächsten Tage merkte Patientin, dass die Nase und die angrenzenden Teile der Wangen zu schwellen und sich zu röten begannen.

Recidiv: Das Erysipel hat eine ausserordentlich grosse Neigung zu Recidiven. Man findet sehr häufig, dass nach rascher Abheilung des ersten Processes wenige Tage später ein neues Erysipel auftritt, welches seinen Ausgangspunkt wieder von der gleichen Stelle wie das erste nimmt.

Eine andere Gruppe von Recidiven ist die, dass dieselben Leute besonders häufig und gern vom Erysipel befallen werden, ja es macht den Eindruck, als ob diese Leute eine besondere Disposition dazu hätten. Man findet, dass solche Patienten mehrere Jahre hintereinander 2 bis 3 mal befallen werden oder dass sie oft in einem Jahr jeden 2. oder 3. Monat ein neues Recidiv bekommen.

Auch unter unseren beobachteten Fällen finden wir 26 Fälle von Recidiven. Davon gehören 7 Fälle zu denen, bei welchen einige Tage oder nur 1 bis 2 Wochen nach Ablauf des ersten Processes bereits wieder ein Recidiv auftrat. Es ist bei diesen Fällen ganz genau zu beobachten, dass das Recidiv denselben Ausgangspunkt wie der erste Process nimmt. Einige kurze Beispiele mögen dies bestätigen.

Schober, Barbara, 19 Jahr alt, Dienstmagd.

Patientin hatte schon seit längerer Zeit Halsschmerzen, welche jedoch keine weiteren Veränderungen im Halse hervorriefen. Sie erkrankte nun vor 8 Tagen plötzlich mit einer Rötung und Schwellung der linken Gesichtshälfte. Die Rötung verbreitete sich allmählich über das ganze Gesicht, es traten überall Blasen auf, welche platzten und bald eintrockneten. Patientin fühlte sich

wieder wohler. 8 Tage später trat nun plötzlich, wieder auf der linken Gesichtshälfte, Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit auf.

Eltmann, Anna, 53 Jahre alt.

Patientin leidet seit 6 Jahren an einem schweren Ohrenleiden, welches das Gehör bedeutend beeinträchtigt hat. Patientin wurde vor ungefähr 3 Tagen in der Ohrenklinik operiert. Nach 2 Tagen traten Rötung und Schwellung des linken Ohres und der linken Gesichtshälfte auf. In 10 Tagen war das Erysipel abgeheilt. Nach weiteren 2 Wochen, während welcher Patientin in der Ohrenklinik behandelt wird, tritt plötzlich wieder Rötung und Schwellung der linken Gesichtshälfte auf, ausgehend vom linken Ohr.

Brodmerkel, Heinrich, 20 Jahre alt.

Patient war stets gesund. Das jetzige Leiden begann mit heftigen Zahnschmerzen, denen sehr bald eine Rötung und Schwellung der rechten Gesichtshälfte folgten. Der Verlauf war ein sehr leichter, nach 4 Tagen ist der Process abgeheilt. Nach weiteren 14 Tagen tritt wiederum mit heftigen Zahnschmerzen eine Rötung und Schwellung der rechten Gesichtshälfte auf.

19 Fälle von Recidiv finden sich unter den von uns beobachteten, die in einem Jahr jeden 2. oder 3. Monat befallen werden oder mehrere Jahre hindurch in jedem Jahr 2 bis 3mal. Wir sahen in diesen Fällen als Ursache meist eine chronische Affektion an der Nase, an den Augen oder Ohren, bei welchen häufig kleine Wunden vorkommen, welche stets die Gelegenheit zur Infektion bieten. Auffallend ist bei den häufig sich wiederholenden Recidiven der ausserordentlich leichte Verlauf, der meist nur einige Tage in Anspruch nimmt und mit ganz kurzer Temperatursteigerung einhergeht. Einige besonders interessante Beispiele, von denen einer bereits 13mal, ein anderer 8 Jahre hindurch jedes Jahr 2 bis 3mal, ein dritter 15 Jahre lang jedes Jahr mindestens einmal von Erysipel befallen wurde, möchte ich näher anführen.

Utz, Adolf, 46 Jahre alt, Xylograph.

Patient will als Kind nie erkrankt gewesen sein. In seinem 20. Lebensjahre hat er zum erstenmale Gesichtsrose durchgemacht; seitdem hat er dieselbe Krankheit noch 13mal überstanden. Die

Dauer derselben war stets eine verschiedene, manchmal hat sie nur einige Tage gedauert, jedoch nie unter 4 Tagen, manchmal 6 Wochen. Patient giebt an, dass er jedesmal vor einer Erkrankung Schmerzen im Hals verspürte, die sich insbesondere beim Schlucken äusserten. Auch bei der diesmaligen Erkrankung merkte er wieder Schlingbeschwerden, die aber niemals so rasch wie diesmal verschwunden waren. Der Beginn war ein plötzlicher mit Schüttelfrost, der Verlauf ein ausserordentlich rascher, nach 5 Tagen konnte der Patient schon wieder geheilt das Krankenhaus verlassen. Temperatursteigerung war nur 2 Tage bis 39,8° vorhanden.

In diesem Falle leidet offenbar der Patient an einer chronischen Entzündung der Rachenschleimhaut und es scheint hiebei immer Gelegenheit geboten zu sein zu der häufigen Infektion mit Erysipelkokken, da man ja bei derartigen Entzündungen sehr oft kleine Verletzungen in der Schleimhaut vorfindet.

Kohler, Johann, $18^1/_2$ Jahre alt, Buchhändler.

Die Mutter des Patienten leidet zuweilen an Rotlauf. Patient selbst will bis vor 3 Jahren in jedem Jahr mindestens einmal Gesichtsrose durchgemacht haben. In der Zwischenzeit hat er sich immer gesund gefühlt, nur leidet er schon stets an Schnupfen und Verstopfung der Nase. Patient besuchte in letzter Zeit eine Frau, welche Erysipel hatte. Der Beginn ist ein ganz plötzlicher. Patient legte sich gesund zu Bette, am andern Morgen erwachte er mit Spannungsgefühl in der Nase und rechten Wange. Der Verlauf ist ein ausserordentlich rascher, nach 3 Tagen wird Patient geheilt entlassen, Temperatursteigerung war kaum vorhanden.

Karl, Johann, 20 Jahre alt, Soldat.

Patient giebt an, dass bei ihm seit ungefähr 8 Jahren jedes Jahr 2 bis 3mal infolge Erkältung eine Rötung und Schwellung des Gesichts eingetreten sei, die jedoch stets ohne ärztliche Behandlung von selbst wieder zurückgegangen seien. Bei genauerem Fragen jedoch kann sich Patient erinnern, dass die Rötung und Schwellung stets vom rechten Auge ausgegangen sei, an welchem er immer eine leichte Entzündung hatte. Auch diesmal ging der Process wieder vom rechten Auge aus, verlief ausserordentlich rasch, so dass Patient bereits nach 6 Tagen geheilt entlassen wird. Temperatursteigerung war nur an einem Tage bis 38,7° vorhanden.

Auch in diesen beiden letzten Fällen sehen wir, dass eine chronische Affektion der Nase und des Auges wieder der Ausgangspunkt der Infektion war.

Anfangserscheinungen: Unter den Anfangserscheinungen, wie sie in den von uns beobachteten Fällen aufgetreten sind, lassen sich 3 ganz bestimmte Gruppen unterscheiden:

1) Beginn mit ganz akuten, heftigen Fiebererscheinungen, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Hitze, Durst. 1 bis 2 Tage später kommen dann erst die örtlichen Symptome zum Vorschein.

2) Beginn mit den örtlichen Symptomen, Rötung, Spannung, Schmerzhaftigkeit in den betreffenden Hautpartien und zugleich mit diesen örtlichen Erscheinungen treten dann subjektive Beschwerden auf.

3) Auftreten der objektiv wahrnehmbaren Erscheinungen ohne alle subjektiven Beschwerden.

Bei der 1. Gruppe ist der weitaus häufigste Beginn das plötzliche Auftreten eines Schüttelfrostes. Unter unseren beobachteten Fällen waren 45 Fälle mit Schüttelfrost zu finden. Die Patienten fühlen sich vollkommen wohl, bis sie plötzlich abends am ganzen Körper ein heftiges Frieren verspüren; das Frieren ist von sehr verschiedener Dauer, manchmal sehr kurz, nur 10 Minuten lang, in anderen Fällen 1—2 Stunden. Kurz nach diesem Frieren fühlen die Patienten am ganzen Körper eine heftige Hitze. In allen diesen Fällen treten nach dem Schüttelfrost heftige Kopfschmerzen auf und noch andere Fiebersymptome wie Durst, Mattigkeit, Gliederschmerzen. Nur in 6 Fällen trat Erbrechen auf. Der Stuhlgang ist meist angehalten, nur 4 Fälle waren von Durchfall begleitet. Diese Erscheinungen sind so charakteristisch, dass man aus ihnen direkt die Diagnose stellen kann; 2 kurze Beispiele hiefür.

Grom, Kilian, 22 Jahre alt, Soldat.

Patient war stets gesund. Eines Morgens fühlte er am ganzen Körper heftiges Frieren. Tags vorher hatte er sich noch gesund

zu Bett gelegt. Diesem Frieren folgte sehr bald starkes Hitzegefühl. Der Appetit war schlecht, Stuhl bereits seit 36 Stunden angehalten, heftige Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit. Am Abend desselben Tages schwoll die Oberlippe schmerzhaft an und war stark gerötet.

Blos, Babette, 45 Jahre alt, Dienstmagd.

Patientin erkrankte am Abend plötzlich unter mehrmals sich wiederholendem Schüttelfrost und heftigen Kopfschmerzen. Nachts hatte sie grosse Hitze und sehr viel Durst. Appetit schlecht, Stuhl diarrhoisch. Am nächsten Morgen schwoll die rechte Gesichtshälfte an und zeigte lebhafte Rötung.

Während bei den obigen Fällen stets zuerst die Fiebersymptome auftreten und meist erst einen Tag später die örtlichen Erscheinungen zum Vorschein kommen, finden wir nun eine weitere Gruppe von 62 Fällen, bei denen die Erscheinungen gerade in umgekehrter Reihenfolge zu Tage treten. Die Patienten sind gesund, fühlen plötzlich eine Spannung an irgend einer Stelle der Haut im Gesicht, wie an Nase, Mund, Augenlider, die Spannung nimmt immer mehr zu, wird allmählich schmerzhaft und die betreffende Hautpartie beginnt sich nun lebhaft zu röten. Gleichzeitig mit diesen örtlichen Erscheinungen, meist aber erst einige Stunden später, kommen die subjektiven Beschwerden, Kopfschmerzen, Mattigkeit hinzu.

Schrödel, Wolfgang, 25 Jahre alt, Dienstknecht.

Patient giebt an, dass plötzlich sein rechtes Ohr, an welchem er eine Kratzwunde hatte, stark anschwoll und sich rötete. Die Rötung verbreitete sich rasch weiter und bekam Patient gegen Abend heftige Kopfschmerzen und Schwindel. Appetit schlecht, Stuhl angehalten.

Distler, Johann, 21 Jahre alt, Soldat.

Patient erkrankte in der Nacht mit Schmerz- und Spannungsgefühl in der rechten Wange, welche allmählich zu schwellen anfing. Zugleich hatte er das Gefühl der allgemeinen Abgeschlagenheit und Mattigkeit. Appetit schlecht.

Die dritte Gruppe nun unterscheidet sich von den beiden vorhergehenden vollständig dadurch, dass die Patienten absolut keine subjektiven Beschwerden haben. Die Patienten fühlen sich vollkommen wohl, haben keine Fiebersymptome, nur merken sie, dass das Gesicht an einer Stelle zu spannen anfängt, die Haut beginnt allmählich anzuschwellen und sich zu röten. 6 derartige Fälle finden sich unter unseren beobachteten, wobei es sehr auffallend ist, dass es meist Recidive sind, die in so leichter Weise ohne alle subjektiven Beschwerden beginnen und einen ebenso leichten Verlauf nehmen.

Kästler, Anton, 22 Jahre alt, Soldat.

Patient hatte früher schon öfters ein geschwollenes und gerötetes Gesicht, das stets von selbst wieder zurückging. Patient bemerkte jetzt plötzlich wieder eine Spannung und Schwellung im Gesicht, die sich sehr rasch verbreiteten. Patient fühlte sich subjektiv wohl, hatte keinen Kopfschmerz, nur ganz geringe Hitze.

Krug, Johann, 22 Jahre alt, Soldat.

Patient bekam an der Unterlippe und am rechten Auge einige Bläschen, später merkte er Spannung und geringe Schmerzhaftigkeit in der rechten Wange. Am nächsten Tage fing auch die Nase an zu schwellen und sich zu röten. Das subjektive Befinden des Patienten war stets gut, keine Beschwerden.

Die örtlichen Erscheinungen selbst treten meist unter ganz charakteristischen Symptomen auf. Die Patienten fühlen an irgend einer Stelle im Gesicht anfangs einen leichten Schmerz, die betreffende Stelle beginnt allmählich anzuschwellen, was sich durch eine merkliche Spannung in den betreffenden Hautpartieen kundgibt, die Haut fühlt sich sehr heiss an und beginnt sich nun zu röten. Anfangs sind diese Symptome meist nur auf kleine umschriebene Hautpartieen beschränkt und erst allmählich greifen die Schwellung und Rötung immer mehr um sich. Sehr verschieden sind die Ausgangsstellen dieser Symptome. In den von uns beobachteten Fällen wie auch nach anderen Angaben ist ein Lieblingssitz der Ausgangsstelle an der Nase. In 52 Fällen

geht die Rötung und Schwellung von der Nase aus. Es ist dies vielleicht auch erklärlich, da ja an der Nase bei den so häufigen katarrhalischen Affektionen am liebsten kleine Excoriationen vorkommen, die zwar von den Patienten meistens gar nicht beachtet werden, daher auch die so häufige Angabe „ohne jede Ursache“. In 22 von uns beobachteten Fällen ist ein direkter Ausgangspunkt nicht zu konstatieren gewesen, da die Patienten plötzlich eine diffuse Schwellung und Rötung der Wangen und Nase verspürten. Es ist vielleicht auch hier die Vermutung berechtigt, dass der Ausgangspunkt für die Rötung und Schwellung die Nase war, dass die Ausbreitung jedoch sehr rasch erfolgte.

In 7 Fällen war der Ausgangspunkt von den Augenlidern, in 6 Fällen von den Lippen und in weiteren 8 Fällen vom Ohr und Halse. Es sind dies dieselben Fälle, bei denen wir oben kleine Verletzungen, Kratzeffekte, an den betreffenden Stellen als Ursache für das Eindringen der Mikroorganismen anführten. In diesen Fällen kann man ganz genau verfolgen, wie die ersten Symptome um die Wunde herum auftraten. Die Patienten merkten zuerst, dass die kleine Kratzwunde etwas schmerzt, dass ihre Umgebung zu spannen und schwellen beginnt, in kurzer Zeit sieht man eine begrenzte Rötung um die wunde Stelle auftreten.

Verlauf: Der Verlauf des Erysipelas faciei ist ein ausserordentlich mannigfacher. In den weitaus meisten Fällen ist er ein recht günstiger, die Rötung und Schwellung verbreitet sich von ihrem Ausgangspunkte allmählich weiter über das ganze Gesicht, die subjektiven Beschwerden steigern sich nur sehr wenig, in einigen Fällen wird das Sensorium etwas benommen, plötzlich lässt das bisher bestehende hohe Fieber nach, die örtlichen Erscheinungen greifen nicht mehr weiter um sich und die Rötung beginnt allmählich abzublassen. Der Process dauert meist 1 bis 2 Wochen, der Ausgang ist in diesen Fällen immer in Heilung. Von diesem häufigsten regelmässigen Verlauf

lassen sich 2 Gruppen von Extremen ganz deutlich unterscheiden.

Die eine Gruppe ist die von einem ausserordentlich leichten Verlauf, die örtlichen Symptome bleiben auf einen sehr kleinen Teil des Gesichts beschränkt, subjektive Beschwerden sind fast gar keine vorhanden, Temperatursteigerungen meist nur 1 oder 2 Tage, nach einigen Tagen ist der Patient wieder vollständig hergestellt.

Die andere Gruppe ist die von einem ausserordentlich schweren Verlauf, die örtlichen Erscheinungen bleiben meist nicht auf Gesicht und Kopf beschränkt, die subjektiven Beschwerden steigern sich sehr bedenklich, es treten oft die schwersten Bewusstseinsstörungen auf und es kommen in dieser Gruppe sehr oft auch die unangenehmsten Komplikationen vor. In unseren beobachteten Fällen haben wir diese 3 Gruppen in den verschiedenen Fällen aufs deutlichste ausgeprägt.

26 Fälle von ausserordentlich leichtem Verlauf. Die örtlichen Erscheinungen, die hier alle von der Nase ausgehen, zeigen nur ganz geringe Ausbreitung, es ist meist nur die Nase und ein kleiner Teil der Wangen befallen. Auch der Charakter des Processes ist ein sehr leichter, die Schwellung ist nur sehr gering, ebenso die Spannung und Schmerzhaftigkeit der betreffenden Hautpartieen; Blasen- und Borkenbildung bleibt vollständig aus. Die subjektiven Beschwerden sind von Anfang an sehr geringe und steigern sich auch im weiteren Verlauf nicht. Nach Verlauf von wenigen Tagen ist eine vollständige Heilung eingetreten. Auffallend ist, dass gerade die Fälle von Recidiv, die wir bereits oben besprochen haben, alle einen so ausserordentlich leichten Verlauf nehmen, so dass verschiedene Patienten, die jedes Jahr ein- bis zweimal von Erysipel befallen werden, in manchen Fällen überhaupt keine Beschwerden haben, dass sie nach ihrer Angabe meist gar nicht bettlägerig sind und dass nur zeitweise wieder einmal ein Recidiv auftritt, das einen etwas schwereren Verlauf zeigt.

Kohler, Johann, 18½ Jahre alt.

Patient will bis vor 3 Jahren in jedem Jahr Erysipel durchgemacht haben. Patient zeigt am Nasenrücken und den angrenzenden Teilen der Wangen etwa eine Fünfmarkstück grosse Rötung. Die betreffenden Teile sind etwas infiltriert und gegen die Umgebung nicht sehr scharf abgegrenzt. Am 2. Tag ist die Rötung und Schwellung bedeutend zurückgegangen. Am 3. Tag ist bereits nichts mehr zu sehen und verlässt Patient gesund das Spital.

Utz, Adolf, 46 Jahre alt.

Patient hat bereits 13mal Gesichtsrose durchgemacht. Am Nasenrücken und auf beide Wangen übergehend, besonders auf der linken Seite, zeigt sich eine geringe Schwellung und Rötung, nicht besonders schmerzhaft, ohne charakteristischen, scharfen Rand, mehr diffus in die Umgebung übergehend. Auch die unteren Augenlider sind leicht mit ergriffen. Am 2. Tag sind Rötung und Schwellung schon bedeutend zurückgegangen, nach 5 Tagen wird Patient geheilt entlassen.

74 Fälle von weiterem Fortschreiten der örtlichen Erscheinungen, jedoch nicht über Gesicht und behaarte Kopfhaut hinaus.

Dies ist der weitaus häufigste Verlauf. Die örtlichen Erscheinungen, die von den verschiedensten Stellen im Gesicht ausgehen, breiten sich, immer mit scharfem Rand gegen die gesunde Umgebung absetzend, auf weitere Teile des Gesichtes und Kopfes aus und zwar so, dass die anfangs aufgetretene Rötung und Schwellung an der Ursprungsstelle bereits wieder nachgelassen hat, während vom Rande aus der Process immer weiter um sich greift. In diesen Fällen beobachten wir das oft zahlreiche Auftreten von Blasen meist serösen, nur selten eitrigen Inhaltes, die im weiteren Verlauf dann eintrocknen. In diesen Fällen können wir auch wieder 2 verschiedene Gruppen unterscheiden.

1) 22 Fälle, bei denen nur das Gesicht von der Rötung und Schwellung befallen ist.

2) 52 Fälle, bei denen wir die örtlichen Erscheinungen die Haargrenze überschreiten und sich über die ganze behaarte Kopfhaut ausbreiten sehen.

ad 1). In den ersteren Fällen sehen wir, dass die örtlichen Erscheinungen, welche von einer ganz bestimmten Stelle des Gesichts, wie Nase, Ohren, Augen ausgehend sich über das ganze Gesicht verbreitend immer mit scharfem Rande gegen die gesunde Haut abgegrenzt, plötzlich an der Haargrenze angelangt, einhalten und dieselbe nicht mehr überschreiten. Die am frühesten betroffenen Stellen sind oft schon abgeblasst und in der Abschuppung begriffen, während der Process vom Rande immer noch weiter schreitet. Einige ganz charakteristische Verlaufsarten mögen in Kürze angeführt werden.

Meckel, Kaspar, 40 Jahre alt, Gärtner.

Die Haut des Patienten fühlt sich sehr heiss und trocken an, Nasenrücken und zu beiden Seiten die Haut der Wangen intensiv gerötet und geschwollen. Insbesondere sind die rechten Augenlider bretthart infiltriert, stark gerötet und geschwollen, dass die Augen auch passiv nicht geöffnet werden können. Auf der Haut der Unterlieder sieht man tiefgreifende, ulceröse Zerstörungen, die mit eitrigen Massen belegt sind. Das Erysipel reicht rechts bis fast ans Ohr, ergreift die rechte Hälfte der Stirn und geht nach unten bis zum oberen Rand des Unterkiefers. Links ist die Schwellung noch geringer. Am 4. Tag Rötung und Schwellung auf der linken Gesichtsseite stärker, die Augenlider ebenfalls bretthart infiltriert. Am 6. Tag Erysipel in Abheilung begriffen, Augenlider noch etwas ödematös. Nach 10 Tagen vollständige Heilung.

Schober, Barbara, 19 Jahre alt, Dienstmagd.

Gesicht der Patientin etwas gedunsen, Augenlider geschwollen, Haut etwas infiltriert. Die Gegend der Ohren auf Druck empfindlich. Am 3. Tag Schwellung, Rötung und Schmerzhaftigkeit der Haut der linken Gesichtshälfte, mit zahlreichen Blasen bedeckt, am 4. Tag Schwellung und Rötung nach rechts übergegriffen, links geringer geworden. Am 6. Tag Schwellung in Abnahme begriffen. Nach 8 Tagen Patient geheilt entlassen.

ad 2). Der Verlauf ist derselbe wie in den vorhergehenden Fällen, nur sieht man, dass das Erysipel die Haargrenze überschreitet und die ganze behaarte Kopfhaut mit befällt. Man findet hier regelmässig auch, dass das Senso-

rium der Patienten etwas benommen ist, ja in einigen Fällen treten starke Delirien auf. Nach der Abheilung tritt neben der Abschuppung meist auch ein starkes Ausfallen der Kopfhaare ein.

Gamna, Kunigunde, 23 Jahre alt, Dienstmagd.

Beide Wangen, Nase, Oberlippe und Augenlider der Patientin ziemlich stark ödematös geschwollen, rot verfärbt, glänzend, die Rötung setzt sich gegen die Umgebung mit einem wallartigen Rand scharf ab, auf Druck nicht besonders schmerzempfindlich, spontanes Spannungsgefühl. Am Eingange der Nase kleine Excoriationen. Am 3. Tage setzt sich das Erysipel auf die behaarte Kopfhaut über und verbreitet sich fast bis an die hintere Grenze derselben. Am 8. Tag Rötung und Schwellung im Abnehmen begriffen, Abschuppung beginnt, beginnender leichter Ausfall der Haare.

16 Fälle von sehr schwerem Verlauf.

In diesen Fällen beschränkt sich die Ausbreitung der Rötung und Schwellung nicht auf das Gesicht und Kopf, sondern sie greifen auch auf den Hals und von da aus auf die Brust und Rücken über. Die subjektiven Beschwerden sind ebenfalls ausserordentlich schwer, die Patienten haben meist ziemlich schwere Gehirnerscheinungen, auch von Seiten der inneren Organe, besonders von Niere und Lunge, sind meist Complikationen im Gefolge. 2 Fälle von dieser Gruppe sind besonders interessant, da sie uns ein sehr deutliches Bild von Erysipelas migrans geben und möchte ich deshalb einen von diesen anführen.

Häusinger, Babette, 14 Jahre alt.

Die Wangen, die Schädelgegend, die obere Stirnhälfte, das linke Ohr der Patientin sind ziemlich stark gerötet, geschwollen und gegen Druck empfindlich. An einzelnen Stellen kleine Bläschen serösen Inhaltes. Der vordere Teil der Kopfhaut ebenfalls gegen Druck empfindlich, rechte Augenlider stark geschwollen und schmerzhaft. Am 3. Tag ist die Schwellung auch über die ganze Stirn verbreitet, auch nach abwärts ist ein Vorwärtsschreiten zu konstatieren.

Am 4. Tag Rötung und Schwellung bis über den halben Rücken

und bis in die Mitte des rechten Oberarmes sich erstreckend, die Augen zugeschwollen, Lider stark ödematös.

Am 5. Tag ist die Rötung mehr diffus am Rücken bis in die Gegend der unteren Lungengrenzen fortgeschritten, vorn mit scharfem Rand bis über die rechte Mamma hinaus, ebenso über den linken Oberarm bis fast zum Ellenbogengelenk und rechts bis über die Gelenke hinaus.

6. Tag. Auf der Brust hat die Rötung die Grenze nicht überschritten, an beiden oberen Extremitäten ist sie zum Teil fleckig über dieselbe hinausgegangen. Am Rücken ist eine fleckige Rötung ganz diffus begrenzt bis zum Darmbein fortgeschritten. Das Oedem und die Rötung im Gesicht bedeutend reduciert.

7. Tag. Am rechten Vorderarm der Process noch etwas fortgeschritten. An der rechten Mamma die scharfe Grenze nicht überschritten. Im Gesicht beginnende Schuppung, auf dem Rücken die Röte rasch verschwindend, nur in der Lumbalgegend noch beträchtlich.

8. Tag. Die Affektion am linken Vorderarm genau bis zum Handgelenk fortgeschritten, sonst nirgends ein Weiterschreiten des Processes zu bemerken.

14. Tag. Die Affektion nirgends mehr fortgeschritten, überall Rötung und Schwellung im Abnehmen begriffen, vollkommen gutes Allgemeinbefinden.

Temperatur: Das Erysipelas faciei ist fast ausnahmslos von hohem **Fieber** begleitet, nur in einigen Fällen von auffallend leichtem Verlauf findet man keine Temperatursteigerung. Unter unseren beobachteten Fällen sind 4 Fälle ohne Fieber zu verzeichnen, die, wie ich oben schon ausführte, einen überaus raschen und leichten Verlauf zeigen. 2 Arten von Temperatursteigerungen finden wir bei Erysipelas facili hauptsächlich vertreten, Febris continua und Febris intermittens. Beide haben gemeinsam, dass sie mit einem plötzlichen hohen Beginn einsetzen. Während nun beim continuierlichen Fieber die Kurve fast immer auf der gleichen Höhe bleibt, nur ganz kleine Schwankungen vielleicht von $^1/_2$ oder $^1/_4$ Grad zeigt, ist es beim intermittierenden Fieber gerade das charakteristische, dass die Kurve am Morgen ziemlich stark abfällt und am Abend wieder rapid in die Höhe steigt, sodass es Unterschiede in Morgen-

und Abendtemperaturen von $2^1/_2$ und 3 Graden giebt. Beim continuierlichen Fieber des Erysipelas faciei findet sich manchmal noch eine Eigentümlichkeit; die Kurve ist am Morgen plötzlich auf die normale Körpertemperatur gesunken, der Process scheint auf seiner Höhe zu sein und nun nicht mehr weiter um sich zu greifen, plötzlich tritt Abends wieder eine sehr hohe Temperatursteigerung auf, welche nun wieder einige Tage auf ihrer Höhe verbleibt, um dann dauernd abzufallen. Man kann dies als eine Art Recidiv bezeichnen. Es kommen auch noch einige Mischformen von Febris continua und intermittens vor, indem eine Zeit lang, 2 bis 3 Tage, continuierlich hohe Temperatursteigerungen vorhanden sind, vom 4. oder 5. Tag an dann plötzlich hohe Tagesremissionen eintreten. Der Abfall des Fiebers ist in den weitaus meisten Fällen ein kritischer, die Temperatur fällt plötzlich zur Norm ab, um stets von da an normal zu bleiben, in wenigen Fällen sehen wir nur einen lytischen Abfall des Fiebers. Die Dauer des Fiebers ist gleichbedeutend mit der Dauer des Krankheitsprocesses, denn sobald das Fieber nachlässt, lässt auch der krankhafte Process nach, die Rötung und Schwellung gehen meist sehr rasch zurück und nach wenigen Tagen der Reconvaleszenz ist der Patient wieder vollständig hergestellt. In unseren beobachteten Fällen haben wir folgende Zahlenverhältnisse gefunden.

74 Fälle mit intermittierendem Fieber.
42 Fälle mit continuierlichem Fieber.
4 Fälle ohne Fieber.
91 Fälle mit kritischem Fieberabfall.
25 Fälle mit lytischem Fieberabfall.

Was die Dauer des Fiebers anbetrifft, so verteilen sich hier die Fälle ungefähr in folgendem Verhältnis.

49 Fälle, Dauer 1—5 Tage.
58 Fälle, Dauer 5—10 Tage.
9 Fälle, Dauer 10—15 Tage.

Complikationen: Die am häufigsten vorkommende Complikation bei Erysipelas faciei ist das Auftreten von

Eiweiss im Urin. Unter unseren beobachteten Fällen finden wir 34 Fälle, bei denen Eiweiss im Urin auftritt, unter diesen wieder nur 4 Fälle, bei denen auch zugleich Cylinder gefunden wurden. Es handelt sich hier wie bei vielen Infektionskrankheiten um eine leichte, parenchymatöse Nephritis, die meist mit dem Ausgang des Processes in Heilung ebenfalls verschwunden ist. Was den Anfang und die Dauer des Auftretens von Eiweiss im Urin anbetrifft, so finden wir dabei grosse Verschiedenheiten; während in der grösseren Anzahl dieser Fälle gleich vom 1. oder 2. Tag an Eiweiss im Harne zu finden ist und der Eiweissgehalt während des ganzen Processes vorhanden ist, sehen wir bei anderen Fällen oft erst am 6. oder 7. Tag eine Eiweisstrübung des Harns auftreten, welche nur 2 bis 3 Tage anhält. Völlig verschieden von dieser leichten Erkrankung der Niere ist ein Fall mit akuter, hämorrhagischer Nephritis, den ich in Folgendem anführen möchte.

Distler, Johann, 21 Jahre alt, Soldat.

Patient erkrankte mit Frost und Hitzegefühl, Schmerz und Spannungsgefühl in der rechten Wange, in wenigen Tagen war das Gesicht bis über die Ohren, Kinn und Stirn von dem Prosess befallen. Am 3. Tage ist der Urin, der die ersten beiden Tage vollständig normal war, stark dunkelrot gefärbt mit einem blutigen, wolkigen Sediment, enthält $^1/_6$ Volumen Eiweiss. Durch die Hellersche Probe ist auch Blut nachzuweisen, die mikroskopische Untersuchung lässt in dem Harne eine sehr reichliche Menge von Zerfallsprodukten von roten Blutkörperchen erkennen, ausserdem Cylinder mit solchen Körnchen grossenteils besetzt, daneben auch weisse Blutkörperchen.

Harnmenge 1200.

Specif. Gewicht 1015.

Nach weiteren 4 Tagen beginnt die Harnmenge etwas zuzunehmen, die Trübung ist nicht mehr so stark ausgeprägt. Patient wird nach 3 Wochen entlassen, nachdem auch die letzte Spur einer Eiweisstrübung verschwunden.

Von anderen inneren Organen ist keines mehr in der Weise und so häufig befallen wie die Nieren.

In 12 Fällen findet sich eine Complikation von

Seite der Lungen, die jedoch immer in wenig schweren katarrhalischen Erscheinungen sich kundgiebt, in weiteren 11 Fällen sind die Lymphdrüsen der Hals- und Unterkiefergegend geschwollen.

Nach Nephritis ist die häufigste Complikation Angina. Man sieht teilweise nur eine leichte Rötung und Schwellung des weichen Gaumens und der Tonsillen, in einigen Fällen hat sich auch ein weisslicher Belag auf den Tonsillen gefunden. In unseren beobachteten Fällen trat in 24 Fällen Angina auf. Es wäre hier auch noch ein Fall zu erwähnen, bei dem es sich um eine Entzündung und Eiterung des Schlundes und Kehlkopfes mit Glottisödem gehandelt hat.

Stoy, Kunigunde, 51 Jahre alt.

Das Gesicht der Patientin wird von einer intensiven Rötung eingenommen, welche nach oben bis an die Haargrenze reicht, dann längs derselben nach hinten um den Nacken herumgeht, hinten bis zum 8. Brustwirbel herabreicht. Vorne geht die Rötung vom Gesicht auf den Hals über und reicht bis auf die Brust. Die Grenze der Rötung ist zackig scharf und erhebt sich etwas über das Niveau der gesunden Haut. Die Lippen sind unförmlich geschwollen und hart, aus der Mundspalte tropft mässig reichliches, schleimiges, zähes Sekret, starker Foetor ex ore. Der Mund kann nicht geöffnet werden, so dass eine Untersuchung des Schlundes und Kehlkopfes unmöglich ist. Am 8. Tage sind die örtlichen Erscheinungen zurückgegangen, nur der Mund kann noch nicht geöffnet werden. Plötzlich entsteht sehr schnell grosse Dyspnoe, die Inspirationen sind laut und pfeifend, der Kehlkopf sinkt tief nach unten. Es wird angenommen, dass ein plötzliches Hindernis für die Inspiration (Glottisödem) eingetreten ist und bei der direkten Erstickungsgefahr die Indikation auf Tracheotomie erkannt, dieselbe jedoch als verfrüht abgelehnt. Nach einer Viertelstunde exitus letalis.

Sectionsbefund: Phlegmonöse Eiterung des Schlundes und Kehlkopfs mit peripharyngealen Eiterherden und ulcus des Ringknorpels. Hochgradiges Glottisödem.

In 4 Fällen trat ein Herpes auf, der seinen Sitz an den Lippen und Nasen hatte. Zu den häufigsten Complikationen an der äusseren Haut gehört die Abscessbildung, in unseren beachteten Fällen haben wir in 10 Fällen

das Auftreten von Abscessen konstatiert. Diese Abscesse hatten den verschiedensten Sitz, 3 mal sahen wir die Augenlider davon befallen, in einem Falle waren an den Injektionsstellen mit Carbolsäure 12 kleine Abscesse aufgetreten. Die Abheilung der Abscesse ging nach Eröffnung derselben stets ausserordentlich rasch vor sich. Ein Fall, bei welchem in den Lungen eine grössere Anzahl von kleinen Abscessen gefunden wurde, infolgedessen wohl der exitus letalis eintrat, ist von besonderem Interesse.

Kern, Wilhelmine, 15 Jahre alt.

Patientin hatte ein kleines Bläschen auf der rechten Stirnhälfte, welches, nachdem sie es aufgekratzt hatte, sich in ein kleines Geschwürchen umwandelte, von welch' letzterem aus die linke Gesichtshälfte allmählich anschwoll und sich rötete. Die erysipelatöse Entzündung, welche sich auf das ganze Gesicht verbreitet hatte, ist nun auch auf die behaarte Kopfhaut übergegangen und sind die afficierten Stellen äusserst schmerzhaft. Starke Delirien. Auf lautes Anrufen giebt jedoch Patientin gute Antworten.

Am 3. Tag ist das Erysipel nicht weitergeschritten, nur tritt starke Blasenbildung auf. An den abhängigen Partien beider Lungen starke Dämpfung.

Am 4. Tag exitus letalis.

Vom Sectionsprotokoll möchte ich nur kurz das Einschlägige anführen.

An den Pleuren beider Lungen sieht man ziemlich zahlreiche, 1 cm im Durchmesser haltende, graugelblich verschorfte Stellen. Beim Einschneiden in eine solche Stelle gelangt man in eine Abscesshöhle, haselnussgross, gefüllt mit schmutzig braunrotem, dickflüssigem Eiter. Die Wandungen der Abscesshöhle grossenteils glatt, zum Teil aber mit nekrotischen flottierenden Gewebszellen besetzt.

In diesem Falle sehen wir, zu welch' schwerer Complikation ein durch eine so geringfügige Ursache veranlasstes Erysipel führen kann.

Therapie: Die Therapie, die in unseren beobachteten Fällen angewendet wurde, war fast durchwegs eine symptomatische; um die Spannung und die dadurch hervor-

gerufene Schmerzhaftigkeit der Haut etwas zu lindern, wurde die Haut des Gesichtes mit Oel oder Vaseline etwas bestrichen, gegen die hohen Temperatursteigerungen wurde in vielen Fällen Antipyrin oder der Gebrauch von Bädern verordnet, gegen die heftigen Kopfschmerzen wurde eine Eisblase auf den Kopf gelegt. In wenigen Fällen wurde versucht, auf den Process selbst einzuwirken und den örtlichen Erscheinungen in ihrem Weiterschreiten Einhalt zu thun, jedoch wurde in keinem Falle ein direkter Erfolg erreicht. Es waren dies Einpinselungen mit Carbolsäure und Collodium an den Grenzstellen der Rötung und Schwellung und die Injektionen mit Carbolsäure. Bei letzterer Therapie wurde sogar in einem Falle eine Complikation an den Injektionsstellen bemerkt, es waren nämlich an den Injektionsstellen mehrere kleine Abscesse entstanden, ausserdem wurde in einem Falle bei derselben Behandlung Gangrän der Haut an den Injektionsstellen bemerkt.

Kurze, zahlenmässige Zusammenstellung.

Alter:

5—10 Jahre, 4 Fälle,
10—20 Jahre, 34 Fälle,
20—30 Jahre, 57 Fälle,
30—40 Jahre, 9 Fälle,
40—50 Jahre, 16 Fälle.

Geschlecht:

71 männlichen,
49 weiblichen Geschlechts.

Ursachen:

39 Fälle ohne jede Ursache,
37 Fälle mit angenommener Ursache:
1) 26 Fälle mit Halsschmerzen,
2) 11 Fälle mit Nasenkatarrh.
22 Fälle, bei denen eine wunde Stelle nachzuweisen war:
1) 5 Fälle mit starkem Nasenbluten, wobei die Nasenschleimhaut wunde Stellen zeigte.
2) 7 Fälle mit Kratzeffekten an der Nase.
3) 3 Fälle mit wunden Stellen an den Augenlidern.
4) 4 Fälle mit Kratzwunden an den Ohren.
5) 2 Fälle mit kleinen Verletzungen am Unterkiefer.
6) 4 Fälle mit wunden Stellen an den Lippen nach einem abgelaufenen Herpes.
7) 2 Fälle mit Wunden auf dem Kopf.

Contagium:

1) 2 Fälle, bei welchen mehrere Leute im gleichen Heimatsorte erkrankt sind.
2) 2 Fälle, die kurz vorher mit Erysipelkranken verkehrten.

Recidiv:

26 Fälle von Recidiv.
1) 7 Fälle mit Recidiv innerhalb weniger Wochen.
2) 19 Fälle, die im Jahr 2 bis 3 mal befallen wurden.

Anfangserscheinungen:

1) mit akuten Fiebererscheinungen.

45 Fälle mit Schüttelfrost, Mattigkeit, Gliederschmerzen.

6 Fälle mit Erbrechen.

2) 60 Fälle, bei denen zuerst die örtlichen Symptome auftraten.

3) 6 Fälle ohne alle subjektiven Beschwerden.

Oertliche Symptome:

1) 52 Fälle mit dem Ausgangspunkt der örtlichen Erscheinungen von der Nase.

2) 7 Fälle mit dem Ausgangspunkt von den Augenlidern.

3) 6 Fälle mit dem Ausgangspunkt von den Lippen.

4) 8 Fälle mit dem Ausgangspunkt von den Ohren und Hals.

5) 22 Fälle mit diffusem Auftreten der örtlichen Erscheinungen.

Verlauf:

1) 26 Fälle mit ausserordentlich leichtem Verlauf, nur Nasen und Wangen befallen.

2) 74 Fälle, bei welchen Gesicht und behaarte Kopfhaut befallen wurde.

a) 22 Fälle, bei welchen die örtlichen Erscheinungen auf das Gesicht beschränkt blieben.

b) 52 Fälle, bei welchen die behaarte Kopfhaut mitbefallen wurde.

3) 16 Fälle mit sehr schwerem Verlauf, bei welchen der Process auch auf Brust und Rücken überging.

Temperatur:

4 Fälle ohne Temperatursteigerung.

74 Fälle mit intermittierendem Fieber.

42 Fälle mit continuierlichem Fieber.

Abfall des Fiebers:

91 Fälle mit kritischem Abfall.

25 Fälle mit lytischem Abfall.

Dauer des Fiebers:

1—5 Tage, 49 Fälle,
5—10 Tage, 58 Fälle,
10—15 Tage, 9 Fälle.

Complikationen:

34 Fälle mit Auftreten von Eiweiss im Urin.
12 Fälle mit Bronchitis.
24 Fälle mit Auftreten von Angina.
10 Fälle mit Abscessbildung.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. v. Strümpell für die freundliche Ueberlassung des Thema und die gütige Unterstützung meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.